Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.)

Pes adductus congenitus.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Fritz Gross,
approb. Arzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Eine und zwar recht selten vorkommende Mißbildung der unteren Extremitäten ist der Pes adductus congenitus. Der Fuß, der durch die Chopartsche Gelenklinie in einen vorderen und hinteren Abschnittt geteilt wird, zeigt als wesentlichstes Charakteristikum dieser Fußdeformität eine Adduktion, die sich aber ausschließlich auf den Vorderfuß beschränkt; dabei besteht häufig noch eine geringe Supination und Plantarflexion, während der Hinterfuß gleichfalls eine Stellungsänderung erleidet, wobei die Ferse je nach der Stärke der deformierenden Kräfte in der Mehrzahl der Fälle Valgus- seltener Mittelstellung einnimmt. Die scharfe Trennung zwischen einem Metatarsus varus und adductus, wie ihn Cramer verlangt, lehne ich, weil es m. E. nur graduelle Verschiedenheiten sind, ab und wähle dafür den Kollektivnamen Pes adductus.

Die Ursachen des Pes adductus sind teils angeboren, teils erworben. Entstehungsursachen für diese Art sind Traumen, Rhachitis, auch findet man ihn sekundär bei manchem Pes planus als sogenannten funktionellen Pes adductus, ferner noch bei verschiedenen akuten und chronischen Gelenkprozessen.

Als Leiden sui generis tritt der Pes adductus selten auf. Ich habe als Summe aller bisher beobachteten und beschriebenen Mißbildungen dieser Art nur 27 Fälle gefunden.

Eine Vererbung dieses Leidens ist im Gegensatz zu Preisers Behauptung abzulehnen, dagegen sind mir andere

Bildungsfehler wie Trichterbrust, Caput obstipum uws. aufgefallen, auch konnte ich feststellen, daß die Doppelseitigkeit der Mißbildung bei weitem überwiegt. Die Ansichten über die Ätiologie sind geteilt; 2 Theorien, fehlerhafte Keimanlage und Belastungsdeformität, stehen einander gegenüber. Unser Fall zur Erklärung der Entstehungsursache herangezogen, ergibt klinisch das bekannte und eingangs beschriebene Bild. Röntgenologisch finden wir vor allem neben der Adduktionsstellung der Metatarsen eine Störung im Bereich der Fußwurzelknochen: außer einer überraschenden Verlagerung dieser zeigt sich noch ihr Bau anormal. Besonders betrifft das die 3 Keilbeine, deren Zahl um eins vermehrt ist, sodaß an Stelle des Os cuboideum I zwei von etwas kleineren Dimensionen getreten sind; außerdem sind sie strukturlos und unscharf, zackig umrändert. Auch das Naviculare ist atypisch, es ist klein, schmal, strukturlos, weit nach außen verschoben und zeigt in der Mitte eine doppelseitige Eindellung, sodaß es den Anschein hat, als ob es aus 2 Keimen entstanden wäre. Auffällig ist noch die Sperrung der Gelenke und besonders die des Talus-Calcaneusgelenkes. Gegen eine primäre Keimschädigung, wie man vielleicht daraus vermuten könnte, spricht eben das Fehlen jeder Vererbung, die Häufung von Anomalien bei ein und demselben Föt, wie oft bei Raumbeengung infolge mangelnden Fruchtwassers, und das bei weitem häufigere doppelseitige Vorkommen. Das alles deutet weit mehr auf eine mechanische Ursache hin, und da eigentlich nur der innere Strahl des Fußes mißbildet ist, drängt sich einem der Gedanke auf, daß ein Druck, der auf der Innenseite der Füße sitzen muß, die causa movens war. War es ein Tumor der Gebärmutter oder ihrer Nachbarschaft, oder wirkten als Kräfte tumorartige Verwachsungen des Amnions, so kann man sich vorstellen, wie dieser von innen zirkumskript einsetzenden Gewalt ein ihr entsprechender diffuser Gegendruck von außen, den etwa die normalen Uteruswände erzeugten, entgegenwirkte und so die Verbildung herbeiführte.

Die Diagnose des Pes adductus macht im allgemeinen keine Schwierigkeiten, die Prognose ist als gut zu bezeichnen, die Behandlung ist eine orthopädisch-konservative, in schwierigen Fällen die Operation (Osteotomie oder das Verfahren nach Mayersbach).

Vorschlagen möchte ich schließlich noch an Stelle des zwar gebräuchlichen aber nicht ganz das Wesen der Mißbildung treffenden Namens Pes adductus den dieser Forderung mehr entsprechenden Namen Pes adductus excurvatus congenitus.